

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE 898

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ZEILICOVICI SIGMUND

Né le 16 Janvier 1911 à SOLONTI (Roumanie)

Allaitement et Tuberculose

(Recherches sur la possibilité de l'allaitement
chez la femme tuberculeuse)

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, rue Cujas

PARIS (5°)

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ZEILICOVICI SIGMUND

Né le 16 Janvier 1911 à SOLONTI (Roumanie)

Allaitement et Tuberculose

(Recherches sur la possibilité de l'allaitement
chez la femme tuberculeuse)

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, rue Cujas

PARIS (5°)

—
1937

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLANOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Cardiologie clinique	LAUBRY
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE



II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgi-cale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgi-cale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgi-cale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo-gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologi-que.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expéri-mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi-cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psy-chiâtrie.
MENEGAUX.....	Pathologie chirurgi-cale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi-cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi-que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi-cale.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi-cale.
TROISIER	Pathologie expéri-mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi-cale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi-cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENOIS	Pathologie chirurgi-cale.
LEROUX	Anatomie pathologi-que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCO	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ ...	
PASTEUR-		VELTER	
VALLERY-			
RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE et A MA MÈRE

humble hommage de leur fils reconnaissant.

A MES SŒURS, A MES BEAUX-FRÈRES.

A MES NIECES.

A MON ONCLE Jean JUSTER.

A MARIE-LOUISE,

reconnaissance et amitié.

MEIS et AMICIS.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

M. le PROFESSEUR Fernand BEZANÇON

Professeur de clinique de la Tuberculose

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Hommage d'admiration, de profonde
reconnaissance et de respectueux attache-
ment.*

A Mme LE DOCTEUR FREY-RAGU

Assistant à l'hôpital Laennec.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a dirigé dans ce travail.*

*Hommage de notre profonde reconnai-
sance et de notre entier dévouement.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS.

A M. LE DOCTEUR A. GUILLERMAIN,
Médecin-Chef du Sanatorium des Cheminots

A M. LE DOCTEUR Pierre LUCCIARDI,
Médecin Assistant du Sanatorium des Cheminots

qui a bien voulu nous accorder son amitié.

A M. LE DOCTEUR G. DE LAGUERRENNE
Médecin Assistant du Sanatorium des Cheminots

INTRODUCTION

Notre Maître, le Professeur F. Bezançon et ses collaborateurs, le Dr. Paul Braun, Mme Frey-Ragu et Peschard ont montré l'importance des facteurs secondaires, c'est-à-dire, facteurs sociaux et psychiques dans l'évolution de la tuberculose. Peschard dans sa thèse faite dans le service du Professeur Bezançon a pu mettre en évidence les conditions dans lesquelles la grossesse et les suites de couches peuvent représenter une cause d'aggravation ou au contraire être parfaitement supportées par une femme tuberculeuse. Il a montré en effet l'influence prédominante des facteurs sociaux et psychiques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans la puerpéralité.

Notre thèse ne fait que continuer ce travail et nous voudrions montrer que bien souvent là où on a incriminé l'allaitement comme facteur occasionnel de la tuberculose il faut voir surtout l'influence décisive des facteurs secondaires.

La consultation anté-natale nous a permis de vérifier que les facteurs secondaires jouent pour l'allaitement comme pour la grossesse un rôle essentiel.

A la consultation anté-natale du Centre de Triage de

l'hôpital St. Antoine, puis de la Clinique de la Tuberculose et à la crèche Landouzy de l'hôpital Laënnec dans le service de notre Maître, le professeur F. Bezançon, nous avons eu l'occasion d'observer des nombreuses femmes tuberculeuses ou suspectes de tuberculose examinées à l'occasion de leur grossesse.

Nous les avons suivies pendant leur gestation et ultérieurement et nous avons été amenés sous la direction de Mme Frey-Ragu, médecin assistant de l'hôpital Laënnec, à autoriser, dans certains cas, quelques-unes de ces malades à allaiter leur enfant, malgré les axiomes classiques.

Aucune de ces malades n'a présenté des signes d'aggravation et aucune n'a été une source de contamination pour le nourrisson.

Disons de suite que des pareilles décisions ne peuvent être prises qu'après des examens approfondis et répétés, permettant de préciser l'état de la femme. La consultation anté-natale nous a donné la possibilité de réaliser de tels examens, comprenant films et bacilloscopies en série, ainsi que des cultures des crachats ou selles ou du liquide gastrique et la constitution d'un dossier social complet.

L'importance considérable de l'allaitement maternel justifie les recherches les plus approfondies pour mettre au point une question aussi capitale. La question se pose avec autant plus d'acuité que la notion d'examens systématiques des collectivités amenant à dépister des formes de plus en plus frustes de tuberculose pulmonaire, il sera indispensable de ne pas prendre à l'égard de ces femmes des décisions injustifiées concernant la possibilité de l'allaitement.

Si en effet en face d'une malade présentant des lésions évolutives et contagieuses la question de l'allaitement ne peut guère se poser dans des conditions habituelles (voir l'obs. n° 9, il est par contre des femmes présentant des lésions discrètes non évolutives pour lesquelles la possibilité de l'allaitement doit être envisagé.

PREMIÈRE PARTIE

ETUDE HISTORIQUE

L'influence de la lactation sur la résistance de l'organisme et sur l'évolution des maladies a toujours été diversement appréciée par les auteurs, les uns considérant la lactation comme « un moyen prophylactique et curatif » des maladies des femmes en couches (Léonard), les autres concluant que la nourrice est plus susceptible aux influences morbides acquises ou accidentelles (Eloy).

J.-J. Rousseau, en préconisant l'allaitement, promettait « l'estime et le respect du public, d'heureuses couches sans accident et sans suites, une santé ferme et vigoureuse » aux mères qui allaitent leurs enfants.

Trousseau disait que d'après son expérience, la lactation n'amène aucune complication dans les maladies aiguës et Peter insiste pour que l'on continuât l'allaitement, afin « de maintenir vers la mamelle une fluxion sécrétoire dérivatrice ».

Depuis longtemps, cependant, nombre d'auteurs avaient remarqué la fâcheuse influence exercée par la lactation sur la résistance de l'organisme aux maladies.

Gambius écrivait : « l'excrétion du lait cause, après

avoir ôté au corps sa nourriture, la faiblesse, la pâleur, la maigreur, le désordre dans la circulation, la fièvre lente, la *phtisie*, les sueurs abondantes, etc. »

Quant à l'influence de l'allaitement sur la tuberculose, à peu près tous les auteurs sont d'accord pour la déclarer nocive.

Il est en effet classique de dire que chez une tuberculeuse avérée, l'allaitement provoque l'aggravation de la tuberculose.

Même si l'allaitement était possible et ne nuisait pas à la santé de la mère, le contact intime et répété entre la mère et le nourrisson, qu'amène l'allaitement, la proximité de la bouche, l'occasion des gouttelettes salivaires et des baisers, multiplient singulièrement les risques de contagion pour l'enfant. De telle sorte que Léon Bernard écrivait : « Nous avons pu établir les modes de l'infection tuberculeuse chez le nourrisson par contagion, et forts des règles que nous avons fixées, nous avons vu que la séparation des mères et des enfants suffit soit à éviter la contamination, si la séparation survient à temps, soit à arrêter les manifestations mortelles, si elle survient après les premières contaminations ».

Enfin, comme nous le verrons plus loin, on cite classiquement l'allaitement comme une cause pouvant déclencher la tuberculose chez un femme apparemment saine.

En effet des multiples faits corroborent la doctrine classique. Il est fréquent d'observer au cours de l'allaitement l'apparition des premiers signes d'une tuberculose.

Peter rapporte l'observation d'une femme qui bien portante, à un premier enfant qu'elle nourrit au sein pen-

dant un an ; aussitôt après le sevrage, elle devient enceinte de nouveau, allaite son second enfant et présente bientôt les signes d'une tuberculisation commençante. Il conclut que l'allaitement peut être chez la femme débile une cause de tuberculisation.

Dubreuil en 1851, dans son mémoire à l'Académie de Médecine, arrive à la même conclusion ainsi qu'Hérard et Cornil qui disent : « Si dans quelques cas la lactation a paru retarder le progrès de la phtisie, le plus ordinairement elle produit l'effet inverse ».

Vitry dans sa thèse de 1905, rapporte plusieurs cas dans le même sens. Enfin Léon Bernard dans un article du *Paris-Médical* de 1922 déclare : « En ce qui concerne l'allaitement, ma religion est faite : une tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant. L'allaitement est certainement une cause d'aggravation pour la mère ; pour l'enfant c'est une source de contamination ».

*
* *

«Cependant, écrit Léon Bernard, on peut autoriser une tuberculeuse à allaiter pendant un certain temps son enfant ; c'est lorsque l'enfant ne supporte pas l'allaitement artificiel et que la mère offre un état général relativement satisfaisant ».

Léonardi, dans sa thèse écrit : « Si l'on voulait pousser jusqu'au bout la logique on pourrait permettre dans certains cas l'allaitement aux jeunes mères, pour retarder le retour de la menstruation qui est néfaste pour les tuberculeuses ».

Dumarest pense qu'il y aurait lieu peut-être d'autoriser l'allaitement chez les tuberculeuses, pour retarder le retour de couches, période qui est le plus souvent marquée par des accidents de reprise évolutive. Et il conclue : *« Il faut cependant reconnaître qu'il n'y a pas de raisons de penser qu'une femme qui supporte la grossesse ne supportera pas l'allaitement »*.

**Opinions sur les
modifications apportées à l'organisme maternel
par l'allaitement.**

La femme qui allaite doit fournir quotidiennement une certaine quantité d'albuminoïdes, de sucre, de graisse et de sels destinés à la nutrition de l'enfant.

S'agit-il d'une fonction trop fatigante pour la mère? Peut-on parler d'une déminéralisation? L'allaitement use-t-il les forces de défense maternelles? Un court aperçu de la physiologie de la nourrice a sa place dans cette étude.

**I. — MODIFICATIONS SEMBLANT AVOIR UNE INFLUENCE
DÉFAVORABLE.**

a) *Le sang.*

L'anémie des nourrices avait été signalée par les auteurs et en particulier par Germain Sée. Mais Paul Bar et Daunay mettent la question au point et montrent qu'il s'agit simplement d'une dilution du sang. Le chiffre moyen des globules rouges chez les nourrices, d'après Vitry, est de 4.360.000 par millimètre cube.

Les résultats des recherches sont plus intéressants au point de vue des globules blancs. Vitry dans sa thèse sur la « Physiologie de la nourrice » constate qu'il y a un certain degré de leucocytose avec prédominance des éléments mononucléés.

G. Sée avait déjà remarqué ce fait et disait que toute fonction d'accroissement et de reproduction est une cause d'augmentation des globules blancs.

b) *Le foie.*

Le foie semble troublé dans sa structure et dans son fonctionnement pendant la lactation.

Cornil et Ranvier signalent les modifications histologiques du foie de la nourrice. Sinéty insiste sur la disposition de la graisse dans l'intérieur du lobule. Paul Carnot et Mlle Deflandre montrent qu'il convient de considérer la surcharge graisseuse du foie des nourrices comme une réserve alimentaire. La fonction glycogénique du foie semble aussi perturbé. C'est Claude Bernard qui décrit le premier, la galactosurie des femmes enceintes et des nourrices.

Commandeur et Porcher dans leurs « Recherches sur les sucres urinaires chez la femme enceinte, en couches et nourrice » montrent que le foie déverse dans l'organisme une grande quantité de glucose qui sera transformé en lactose par la mamelle. Cette hyperglycémie de l'organisme des nourrices a été interprété par Verneuil comme une cause d'amoindrissement de la résistance organique en la comparant au diabète.

Mais Commandeur et Porcher montrent qu'on trouve une hyperglycémie avec glycosurie chaque fois qu'on cesse l'allaitement.

c) *Rapport azoturique, élimination des phosphates.*

Vitry, étudiant le rapport azoturique, l'élimination des phosphates et enfin la dépuration générale par l'étude

cryoscopique, constate que les chiffres qu'il trouve « *ne nous autorise pas à parler d'une déminéralisation de l'organisme* ».

d) *L'anergie tuberculinique.*

Stern, Bar et Devraigne ont signalé déjà une moindre fréquence des réactions positives à la tuberculine pendant la gestation et après l'accouchement.

Nobécourt et Paraf, dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux, ont repris la question et ont constaté que la cuti-réaction est influencée par l'accouchement et le post-partum. Elle se montre moins commune et moins accusée chez la femme dans le post-partum qu'en dehors de la grossesse.

Il y aurait donc, d'après ces auteurs, une « anergie tuberculinique » qui peut expliquer l'aggravation du post-partum sur la tuberculose.

Mais déjà en 1924, Léon Bernard avait déclaré à la Conférence de Lausanne, qu'on avait abusivement invoqué l'action anergisante de la gestation pour expliquer son influence pernicieuse sur la tuberculose.

II. — MODIFICATIONS SEMBLANT AVOIR UNE INFLUENCE FAVORABLE.

La suppression des règles.

Notre Maître, M. le Professeur F. Bezançon a depuis longtemps décrit l'influence des périodes menstruelles sur la tuberculose de la femme.

« Chez les tuberculeuses, écrit Sabourin, la grossesse se passe, en général, bien, très souvent même sous des dehors favorables semblant autoriser tous les espoirs. C'est que pendant neuf mois les règles sont supprimées et que le poumon comme tout l'organisme n'a pas à supporter la répercussion si habituelle, si menaçante toujours, si grave bien souvent, de la crise menstruelle ».

L'influence pernicieuse de la menstruation sur l'évolution de la tuberculose est en effet bien connue (Raiborsky, Daremberg, Turban, Sabourin, Krauss, Franck, Rouffiat, Bezançon, Dumarest et Brette, Leuret et Causimon).

Par quel mécanisme la menstruation agirait-elle sur la tuberculose ?

Sabourin et Leuret lui attribuent un rôle toxémique. Bezançon croit plutôt à l'action des glandes endocrines, ovaire et thyroïde. Dumarest et Brette supposent qu'il y a une résorption plus active des produits bacillaires. Léonardi dans son remarquable travail sur : « La grossesse et les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire » dit : « Si l'on voulait pousser jusqu'au bout la logique on pourrait même permettre dans certains cas, l'allaitement aux jeunes mères, pour retarder le retour de la menstruation, celle-ci répétant chaque mois « un choc de fléchissement sans laisser d'intervalle assez long pour remonter la côte ».

Dumarest dans un article « Mariage et Tuberculose » déclare : « quand surviendra le retour des couches, des précautions plus grandes encore, devront être prises, l'expérience ayant montré que cette période est souvent mar-

quée par des accidents de reprise évolutive. *Il y aurait là une raison d'autoriser l'allaitement chez les tuberculeuses.* Cette opinion ne prévaut pas actuellement et les phtisiologues sont généralement d'accord pour proscrire l'allaitement chez les tuberculeuses. *Il faut cependant reconnaître qu'il n'y a pas de raisons de penser qu'une femme qui supporte la grossesse ne supportera pas l'allaitement ».*

L'enfant et l'allaitement maternel.

1) Le lait maternel est-il une source de contagion ?

La question est encore débattue et nombre de phtisiologues pensent que le B. K. peut passer dans le lait maternel et infecter le nourrisson.

Escherich, Roger et Garnier, Nonewitch, Moussu, Rappin et Fortineau, Noeggerath, Kurasky, Maye-Yama et Yamada, Chambrelant et Valée, pour ne citer que les plus importants, ont décelé la présence du bacille de Koch dans le lait de femme.

De Bonis, Fédé, Pasquale de Michele, Rubinovitch, Schlossmann, de Biehler, Auché, Mayer, Hackenthal et Meyer sont d'opinion contraire.

Quelle est la cause d'une telle divergence d'opinions ?

Pour Petresco, elle doit être recherchée dans les méthodes employées.

En effet les auteurs qui se sont contentés des simples examens microscopiques ont obtenu des résultats positifs. Au contraire, ceux qui ont recherché le bacille par inoculation au cobaye, en plus des examens microscopiques, obtiennent ou bien des résultats positifs plus modestes ou bien des résultats négatifs.

Marfan dans son « Traité d'Allaitement » écrit : « Il

est tout à fait exceptionnel que le lait d'une femme tuberculeuse infecte les animaux réceptifs à qui on l'injecte (Bang, Moussus). On ne connaît guère que deux faits dans lesquels on ait pu démontrer que le nourrisson avait été contaminé par l'ingestion du lait de sa mère : ce sont ceux de Demme et de Roger et Garnier».

Demme rapporte l'observation d'un nourrisson, allaité par sa mère tuberculeuse. A l'âge de trois semaines, il présente une diarrhée d'allure chronique, accompagnée de fistules ano-rectales. L'enfant est décédé à l'âge de trois ans. L'autopsie montra des granulations sur le péritoine avec adénopathies mésentériques caséifiées et quelques tubercules sur le foie. Tous les autres organes étaient normaux.

Le cas paraît concluant, mais rien n'exclut la possibilité d'une infection par voie digestive, par les bacilles expectorés par la mère et qui auraient pu être projetés avec les gouttelettes de la toux dans la bouche du nourrisson.

Le cas de Roger et Garnier peut être expliqué par le même mécanisme.

Petresco dans une remarquable thèse faite en 1935 au « Laboratoire de recherches sur la tuberculose de l'Institut Pasteur » inspirée par M. A. Bocquet, passe en revue les opinions divergentes des auteurs et rapporte 39 observations personnelles, des femmes récemment accouchées dont le lait avait été minutieusement analysé par examen direct, homogénéisation, culture sur milieu de Löwenstein et inoculation sur deux cobayes pour chaque cas.

Ces recherches lui permettent de mettre la question

au point. Sur 39 observations de femmes tuberculeuses, 37 sont entièrement négatives et 2 seulement suspectes, lesquelles à l'analyse approfondie des faits s'avèrent négatifs aussi.

Nous ne pouvons que souscrire à ces conclusions qui nous paraissent fondées :

« Sur 33 examens de lait et 10 examens de colostrum
« provenant des 39 accouchées tuberculeuses; nous n'a-
« vons trouvé *aucun* résultat démonstratif. Mais il faut
« remarquer que dans nos observations il s'agit de tuber-
« culose localisée aux poumons, ne s'accompagnant pas de
« lésions cliniques de la mamelle et revêtant dans la
« grande majorité des cas, des formes évolutives favora-
« bles qui ont permis aux femmes de mener leur grossesse
« à terme ».

La mortalité infantile par défaut d'allaitement maternel.

Debré dans son livre sur la « Mortalité infantile et la Mort-natalité » montre que les enfants, même nés à terme et vigoureux et plus encore les nouveau-nés prématurés et débiles, sont mis en grand danger par l'abandon trop fréquent de l'allaitement maternel. « Il serait sans doute faux « de prétendre que la majorité des décès d'enfants est due « à cette déplorable habitude, mais il est juste de voir en « elle une des principales causes de la mortalité infantile; « bien des décès facilement évitables, lui sont en définitive « attribuables. »

En étudiant les causes médicales des décès des enfants nés vivants, dans le district de Normandie, par exemple, il montre que sur 492 décès, 202 sont imputables aux maladies infectieuses et 91 aux troubles digestifs et aux troubles de la nutrition liés à l'alimentation.

Le docteur Lelong dans sa thèse, parlant des enfants issus de tuberculeux écrit avec raison : « Les morts résultent presque toujours des conditions d'élevage, forcément toujours artificielles, en commun, loin de la mère « (suppression de l'allaitement maternel, privations des « petits soins maternels, insuffisance d'isolement). Les

« causes sont dans le milieu extérieur à l'enfant : ce sont
« les maladies banales de crèches, les unes expliquées cli-
« niquement, les autres mystérieuses dans leur étiologie,
« mais tristement réelles ».

Dans une thèse récente, portant sur deux années d'observation à la Crèche Landouzy, Arribehaute montre la grande quantité d'enfants morts d'autre chose que de tuberculose, le plus souvent des troubles digestifs.

Enfin, notre Maître, le Professeur Bezançon a attiré l'attention sur cet important problème. Voici les conclusions à sa leçon clinique faite le 15 janvier 1937 à la clinique de la tuberculose à l'hôpital Laënnec :

« Pour le nourrisson, en matière de tuberculose, il faut
« faire tout ce que l'on peut pour éviter les contacts im-
« portants ; le contact important et prolongé est l'ennemi
« de l'enfant. Mais voici une autre face du problème, c'est
« qu'il est facile de décréter qu'on va séparer l'enfant,
« qu'on va l'enlever du milieu maternel, qu'on va le mettre
« dans des conditions d'isolement, mais encore faut-il le
« faire dans des bonnes conditions. Souvent cet enfant va
« être transporté à la crèche de Laënnec, où l'on fait tout
« ce qu'on peut, mais, c'est tout de même une crèche d'hô-
« pital parisien, et alors il y a mortalité, je ne dis pas par
« la tuberculose, mais souvent mortalité par d'autres cau-
« ses que la tuberculose. Alors on va se demander : si on
« avait laissé l'enfant dans son milieu de contamination,
« que ce serait-il passé ? S'il s'agissait de grosse contami-
« nation, il n'y a pas de doute il valait mieux le séparer,
« mais s'il s'agissait d'une petite contamination, avec une
« mère intelligente, dans un milieu où l'infirmière visiteuse

« peut indiquer la vraie prophylaxie à domicile, ne valait-il
« pas mieux laisser l'enfant dans son milieu familial ?

« *Problème extrêmement grave.* Car nous rentrons
« dans les choses humaines. Il faut se méfier des statisti-
« ques mal comprises quand elles ont été faites exclusive-
« ment dans un domaine et non pas dans plusieurs domai-
« nes ; d'autre part il faut se dire qu'il y a les conditions
« de la vie qui interviennent constamment dans la question
« de la tuberculose. C'est là le progrès actuel. Cela rend la
« question plus ardue mais aussi plus intéressante. Et la
« petite contribution qu'a pu apporter la crèche de l'hôpi-
« tal Laënnec, c'est justement de faire entrer ces considé-
« rations morales et sociales qui compliquent nos problè-
« mes ; *il ne faut pas envisager ces problèmes avec des*
« *idées étroites, purement bactériologiques, anatomo-patho-*
« *logiques ou cliniques, mais surtout au point de vue so-*
« *cial* ».

(*Etude de l'infection tuberculeuse du nourrisson
et des autres formes anatomo-cliniques de cette tu-
berculose. — Leçon clinique faite à l'hôpital Laën-
nec le 15 janvier 1937 par le Professeur F. Bezan-
çon*).

DEUXIÈME PARTIE

RECHERCHES SUR LA POSSIBILITE DE L'ALLAITEMENT CHEZ LA FEMME TUBERCULEUSE.

Étude des indications et contre-indications de l'allaitement.

IMPORTANCE DES FACTEURS SECONDAIRES (psycho-sociaux)

*« Le problème de la tuberculose est avant tout, ne
« l'oublions pas, une question de terrain individuel, de ter-
« rain momentané, d'alimentation, de bien-être physique
« et moral, il ne peut être ramené à une simple notion d'al-
« lergie, si grande part que joue celle-ci dans l'infection
« tuberculeuse ».*

F. BEZANÇON, (*Extrait du rapport présenté à la
31^e Assemblée Générale de l'Association contre la
Tuberculose à Olten le 25 nov. 1934*).

Nous nous proposons de montrer que bien souvent là
où on a incriminé l'allaitement comme facteur occasionnel

de la tuberculose il faut voir surtout l'influence décisive des facteurs secondaires.

Les conditions sociales d'où dépendent la façon de se soigner du malade et de se faire aider pendant l'allaitement ont une importance que la simple logique nous fait prévoir. C'est ainsi que, comme nous l'exposerons plus loin, nous mettons comme une condition « sine qua non » à l'allaitement, la possibilité pour la mère de se faire aider pour les travaux du ménage.

La journée d'une mère. Le surmenage physique.

Toutes les femmes qui nourrissent se surmènent, non à cause de l'allaitement mais surtout à cause de tous les travaux ménagers qui l'accompagnent et qu'une nourrice doit accomplir.

Nous ne pouvons pas reproduire ici l'emploi du temps que nous sommes arrivés à faire en interrogeant nos malades et qui contient le minimum des travaux que la mère accomplit dans une journée et s'applique assez bien à presque toutes les nourrices. Car mis sous forme de tableau il remplirait des pages et serait fastidieux par la répétition des petits détails de la vie quotidienne, dont tous sont importants quand il s'agit d'un nourrisson et qui ne laissent pas à la femme un seul instant de répit, jusqu'à bien avant dans la soirée. On peut dire en résumé que dans l'année qui suit la naissance de l'enfant, la mère ne peut avoir un sommeil suffisant et très souvent son nombre d'heures de repos n'atteint pas 6 heures.

Ceci est vrai pour la femme qui nourrit comme pour celle qui n'a pas l'enfant au sein.

Il faut ajouter que pour la femme qui nourrit s'ajoute le fait qu'elle a des besoins alimentaires plus importants que la femme qui ne nourrit pas. Il lui faut donc passer à table le temps nécessaire et ne pas avoir des travaux qui s'opposent à une digestion normale. Il est fréquent, que des femmes nourrissant entièrement leur enfant et se préoccupant de les peser tous les jours, signalent que les jours de la lessive en particulier, la quantité de lait qu'elles peuvent donner diminue considérablement.

Il ne faut pas oublier l'anxiété maternelle, surtout pour le premier enfant, qui s'ajoute à ce surmenage physique.

Les causes morales.

Nous nous sommes rendus compte qu'il est indispensable de s'intéresser au mode d'existence de nos malades. Nous nous faisons un devoir d'inscrire toujours parmi la symptomatologie de toutes les femmes passées à la consultation anté-natale l'état moral à côté de l'état social.

Laënnec avait déjà décrit « les chagrins profonds » dans l'étiologie de la tuberculose pulmonaire.

Le Professeur F. Bezançon et ses collaborateurs, les Drs. Paul Braun et Mme Frey-Ragu ont montré l'influence prédominante de ces facteurs moraux sur l'évolution de la tuberculose.

Peschard, dans sa thèse donne deux exemples que nous nous permettons de citer comme typiques :

1) « Voilà une jeune femme qui depuis longtemps « désire être mère. Rassurée sur son état pulmonaire par « son médecin, dans de bonnes conditions matérielles, pouvant se reposer, limiter son activité sans que pour cela

« en souffre l'équilibre de son ménage. Malgré l'importance
« de ses lésions bacillifères, elle mène normalement sa
« grossesse à terme. Les suites de couches sont normales,
« l'on n'assiste à aucune aggravation de la maladie qui
« évoluera ultérieurement vers la guérison. »

(Obs. Vid... n° 21).

2) « Une pauvre fille a été séduite, elle a quitté sa fa-
« mille, vit dans des conditions misérables, peine pour ga-
« gner tristement l'indispensable, logée dans un taudis,
« exploitée, n'ayant aucun réconfort moral, elle réalise tou-
« tes les conditions suffisantes pour déclencher l'éclate-
« ment d'une tuberculose, réveiller une forme éteinte, allu-
« mer une poussée évolutive. Dans le cas particulier, c'est
« une poussée évolutive qui survient au cours de la gros-
« sesse ».

Mais le plus souvent les facteurs sociaux et moraux forment un complexe dont l'influence est d'autant plus importante qu'elle est précisément plus difficile à déceler.

Voici à titre d'exemple, l'observation de Mme Der..., (voir observation n° 13).

Elle montre que bien des fois, on établit des relations de cause à effets logiques mais qu'une observation attentive met en défaut :

Il s'agit d'une quatrième pare qui se présente pour la première fois à la consultation anté-natale de l'hôpital Laënnec en novembre 1937. Interrogée sur ses antécédents, nous déclare avec la meilleure foi du monde et une grande précision qu'elle avait eu une pleurésie alors qu'elle allaitait son dernier enfant en 1933. Mais la question change

d'aspect après un interrogatoire approfondi sur la situation sociale de la malade. En effet, elle nous déclare qu'à cette époque il est survenu un changement important dans son existence. Jusqu'alors elle se faisait aider par sa mère qui lui gardait aussi ses enfants; un changement de garnison de son mari, gendarme, l'oblige à s'installer loin de ses parents et à s'occuper seule maintenant de son ménage. En outre elle fait du jardinage. C'est seulement 3 mois après que survient une pleurésie.

La suite de l'observation montre bien que c'est vraiment le surmenage qu'il faut incriminer et non l'allaitement seul. En effet quelque temps après, le même enfant, déjà sevré depuis plusieurs mois faisant une rougeole maligne, la mère se fatigue de nouveau en le veillant nuit et jour. L'enfant meurt et la mère présente un nouvel épisode pleuro-pulmonaire.

Il nous semble donc que la fatigue, les soucis et le chagrin peuvent expliquer à eux seuls cette poussée évolutive.

Une conclusion semble s'imposer. On n'a pas le droit de généraliser la question en opposant un « veto » systématique à toute femme tuberculeuse ou ayant un passé tuberculeux, qui souhaite allaiter son enfant.

Il y a nécessité, et nécessité absolue d'étudier chaque cas en particulier. Etude d'ailleurs difficile et exigeant la collaboration d'un laboratoire spécialisé et du service social qui assure en outre une étroite liaison avec les maternités.

LA CONSULTATION ANTÉ-NATALE.

Voici comment sont examinées les femmes envoyées au dispensaire Léon Bourgeois, à la consultation anténatale dirigée par Mme Frey-Ragu.

Durant toute leur grossesse on examine d'abord et on suit ces malades.

Le premier examen comporte :

La recherche des motifs qui ont amené la femme à la consultation. Parmi ceux-ci nous relevons :

Grippe, rhume récent, attirant l'attention de la malade sur l'appareil pulmonaire, point de côté, scoliose, fatigue, mauvais état général que l'examen peut montrer de nature telle que : pyelonéphrite, état gynécologique, albuminurie tuberculeuse ou souvent dépendant d'une autre affection de la grossesse, etc...

Plus souvent encore aucune cause pathologique n'est retrouvée à cet état général déficient qui s'explique cependant par les conditions d'existence de la femme.

Enfin antécédents soit familiaux soit personnels de tuberculose externe et surtout de tuberculose pulmonaire plus ou moins ancienne. L'examen proprement dit doit être aussi complet que possible.

Au point de vue pulmonaire, outre l'auscultation très attentive, un film est exigé et souvent complété par un examen radioscopique permettant d'étudier les sinus costo-diaphragmatiques très difficiles à voir chez la femme enceinte après les premiers mois de la grossesse. Aussi est-il important que ce film soit pratiqué le plus tôt possible.

La bacilloscopie des crachats est toujours pratiquée

avec homogénéisation. Dans les cas douteux la culture des crachats ou à défaut du liquide gastrique ou des selles est répétée en série. Il ne suffit pas de répéter des bacilloscopies en série. Il faut encore que les signes d'auscultation ne se modifient pas et que les films successifs ne montrent point de remaniements des lésions impliquant une idée évolutive.

L'état général de la femme est un élément non moins capital d'appréciation. L'état du cœur est toujours étudié, en particulier chez les malades présentant une tuberculose fibreuse avec rétraction et même scoliose.

Tout en pratiquant cet examen *somatique* on s'inquiète de voir comment la femme a supporté la grossesse jusqu'alors et si c'est une multipare comment étaient supportées les grossesses antérieures et en particulier si l'allaitement a été possible.

On peut aussi pratiquer une cuti-réaction à la tuberculine. Nobecourt et Paraf ont en effet décrit une anergie tuberculinique pendant la gestation et l'allaitement. Peschard dans sa thèse en 1936, avait fait des recherches dans ce sens. Il pratique la cuti-réaction d'une part chez les femmes enceintes normales et d'autre part chez les femmes enceintes tuberculeuses et conclut que pendant la grossesse l'allergie tuberculinique ne disparaît pas.

Nous avons fait les mêmes recherches sur des femmes tuberculeuses en gestation et nourrices et nous avons trouvé habituellement des cuti-réactions positives. Dans un cas d'ailleurs la cuti-réaction chez une femme enceinte tuberculeuse a donné lieu à une réaction positive qui a duré pendant 6 mois.

Il nous semble donc qu'on peut conclure que la cuti-réaction ne subit pas de changement pendant la gestation et l'allaitement.

Mais ces deux points : état pulmonaire et état général ne suffisent pas à eux seuls, si satisfaisants qu'ils soient, pour autoriser une femme à courir les risques des fatigues que comportent les soins réclamés par un enfant durant l'année qui suit sa naissance qu'il soit au sein ou non. (voir obs. ...n° 14).

Il faut encore que les conditions dans lesquelles cette femme va se trouver, lui permettent d'éviter le surmenage que représente les soins à donner à l'enfant en dehors de l'allaitement. La recherche de la situation exacte de la femme au *point de vue matériel et moral* est souvent difficile à réaliser par un interrogatoire direct. Ce n'est qu'après avoir gagné la confiance de la malade, souvent au cours d'un second examen, qu'on peut préciser ses conditions d'existence.

Nous tenons à répéter que nous nous faisons un devoir d'inscrire toujours parmi la symptomatologie de toutes les femmes passées à la consultation anté-natale, leur état social ainsi que leur état moral. La situation sociale de la femme, joue un rôle tellement prépondérant qu'il est arrivé bien souvent de défendre l'allaitement à des femmes, uniquement parce qu'elles ne pouvaient pas se faire aider dans leur ménage pendant l'allaitement.

Peschard, dans sa thèse, faite dans le même service, avait déjà écrit :

« Nous ne concevons pas en effet que mettre un enfant

« au sein toutes les 3 heures représente le gros effort et le rôle débilant qu'on veut faire jouer à cet acte.

« Ce qui occasionne la fatigue chez les jeunes mères, c'est d'une part, le sommeil insuffisant, d'autre part le surcroît de travail apporté par les soins que nécessite le nouveau-né. Ces soins sont considérables, nous y insistons, pour une femme qui est seule pour les donner et qui s'occupe par surcroît de son ménage.

« Ces causes de surmenage supprimées, la mère ne fera aucune évolution de ses lésions ».

Le facteur moral, a une importance considérable dans l'éclatement de la tuberculose pulmonaire. Nous insistons donc toujours pour connaître l'état moral des femmes qui viennent à la consultation anté-natale.

Les conflits familiaux, les émotions, les chagrins, les ruptures, séparation et divorce, les inquiétudes sont des facteurs psychologiques trop souvent négligés.

Notre Maître le Professeur Bezançon et ses élèves, Paul Braun, Mme Frey-Ragu, Peschard et Christian Paul, ont déjà montré l'importance de ce facteur.

Dans un article publié en 1930 (Presse Médicale n° 57) et récemment dans une communication à la Société des Médecins d'Hauteville (20 juin 1937) Paul Braun et Jeanine Frey-Ragu ont attirés l'attention sur ce facteur psychosocial. Nous renvoyons notre lecteur à ces articles sur lesquels nous ne pouvons pas nous étendre.

La conclusion de ces articles nous intéresse particulièrement : « La fréquence du facteur moral comme cause d'éclatement de la maladie fait qu'il en découlent des con-

séquences au point de vue prophylactique et thérapeutique. Lorsqu'aux différents facteurs étiologiques considérés comme susceptibles de provoquer une tuberculose, ne s'ajoutent pas les causes d'ordre moral, les chances de voir éclater, ou du moins évoluer la maladie, *se trouvent diminuées*». La connaissance approfondie de ce facteur psycho-social, accentue encore le caractère éminemment social de la tuberculose pulmonaire.

Souvent il faudra une enquête supplémentaire faite par les assistantes sociales pour dépister les misères sociales, mais seul le médecin peut avoir l'autorité suffisante pour analyser le psychisme du malade.

Mais une consultation anté-natale, doit être appuyée sur un service social convenablement organisé. Il ne faut pas sous-estimer les difficultés devant lesquelles se trouve le service social pour accomplir sa tâche.

Nous tenons à souligner le rôle important des assistantes sociales qui aident dans une grande mesure à suivre les malades. Car l'éducation médicale des malades est encore à faire et bien des fois des femmes indisciplinées, venues une seule fois à la consultation, n'y reviennent plus. Seuls l'abnégation et le travail sans relâche des assistantes sociales, ont réussi souvent à nous les ramener.

Nous tenons à les remercier d'avoir souvent facilité notre tâche.

En résumé, nous pouvons dire que l'expérience montre l'existence d'une triade symptomatique entrant en jeu pour juger si une femme tuberculeuse peut allaiter son enfant : l'état pulmonaire, l'état général et l'état psycho-social.

OBSERVATIONS.

SOURCES DE NOTRE ÉTUDE.

Les documents que nous avons utilisés proviennent :

— De la consultation anté-natale du Centre de Triage de l'hôpital Saint-Antoine et de la clinique de la Tuberculose (dispensaire Léon Bourgeois).

— De la crèche Landouzy de l'hôpital Laënnec.

— Enfin nous avons cité quelques observations de la thèse de Peschard faite dans le même service.

Les observations de la crèche concernent des femmes nourrissant leur enfant qui n'avaient pas été examinées pendant leur grossesse et qui pour la plupart peuvent être considérées comme des oubliées de la prophylaxie. Quelquefois l'étude des facteurs pulmonaires avait été faite mais il n'y avait eu aucune recherche au point de vue psycho-social.

Dans la plupart des cas les recherches que nous avons faites nous ont montré qu'il fallait incriminer ces facteurs et non l'allaitement comme cause d'évolution de leur tuberculose pulmonaire.

Les femmes que nous avons observées peuvent être groupées en plusieurs catégories :

1°) Malades suivies avant leur grossesse.

2°) Malades vues pour la première fois pendant leur grossesse.

3°) Malades vues pour la première fois pendant l'allaitement.

*
* *

MALADES SUIVIES AVANT LEUR GROSSESSE.

C'est parmi les malades de ce groupe que nous rencontrerons le plus de cas dans lesquels l'allaitement sera possible.

En effet il s'agit des malades pour lesquelles la forme et l'évolution de la tuberculose ont été déjà précisées. Le temps a déjà fait l'épreuve de la stabilité de la guérison.

Le danger de contagiosité pour l'enfant a pu être écarté, par des examens répétés tels que les cultures, qui sont des procédés très sensibles, mais demandent d'assez longs délais.

Pour la femme, les modalités de son existence sont connues : la réadaptation de la vie de sanatorium à la vie normale est accomplie dans la plupart des cas.

Signalons pourtant le cas, relativement fréquent, où le début de la grossesse coïncide avec la sortie du sanatorium (voir obs. n° 14).

Ici se retrouve la difficulté d'appréciation de la manière dont la femme va supporter, après la cure de repos, la reprise de la vie familiale. Ce changement d'existence va précéder de peu la naissance de l'enfant, qui va lui-même être une occasion de transformation des habitudes de la femme.

Observation N° 1. — Mme Mou... 25 ans...

Mère de 3 enfants, vannière, travail pénible. Evolution apparente après l'allaitement du troisième enfant. Pneumothorax commencé à Tenon en 1925, continué à St-Antoine de 1926 à 1929.

Vue à l'occasion d'une quatrième grossesse en 1927. Séparation. Enfant mort de gastro-entérite à la Maternité.

En 1929, après arrêt du pneumothorax, cinquième grossesse.

Allaitement autorisé, car expectoration négative depuis 3 ans et amélioration de la situation familiale. Allaitement bien supporté, la femme en travaille plus, ne s'occupant que du dernier né, les autres enfants ayant été placés dans la famille, au début de la maladie de la mère.

Enfant revu à 2 ans : Bon état, cuti négative.

Mère régulièrement suivie. Films en série ne montrent aucune modification de l'image pulmonaire.

Observation N° 2. — Mlle Ri..., 18 ans (en 1926)

Vue pour la première fois à St-Antoine en 1926 pour hémoptysie.

Examen : bacillifère, lésions unilatérales intercleido-hilaires, non spelonquaires. Institution d'un Pneumothorax cure libre pendant 3 ans.

Reprise d'une vie normale dès la deuxième année : sténodactylo, vivant avec ses parents.

Mariée en 1934. Grossesse en 1935.

La grossesse est mal supportée au début, car gros troubles sympathiques. Tachycardie. Fin de grossesse bien supportée.

Bacilloscopies et cultures négatives depuis plusieurs années (1928).

Allaitement autorisé, car peut se faire aider par sa mère. Accouchement normal, mais délivrance artificielle; metrorrhagies persistent assez longtemps après la sortie de la maternité.

Allaitement cependant bien supporté jusqu'au quatrième mois. A ce moment difficultés de son ménage. La malade avait caché jusque-là ses antécédents pulmonaires à son mari, elle se plaint de n'être pas suffisamment ménagée.

Aucun signe d'évolution. Bon état. Cuti-négative de l'enfant à 1 an.

Observation N° 3. — Mme Gou..., 27 ans.

Vue pour la première fois en 1930 à l'hôpital Saint-Antoine. Elle est tombée malade en 1929 ; envoyée au Sana de Hauteville où on institue un Pneumothorax droit. Revient en 1930 à Paris, on continue ses insufflations à Saint-Antoine pendant 4 ans.

Pneumothorax arrêté en 1925. Ne crache plus, ne tousse plus, état floride. Bacilloscopie négative.

Se marie en 1925. Première grossesse bien supportée en 1936. Suivie à la consultation anté-natale de l'hôpital Laënnec, on lui permet de nourrir son enfant. Peut se faire aider par sa mère qui se charge des travaux du ménage. L'enfant est nourri au sein pendant 3 mois. Allaitement bien supporté. Mais la malade revient consulter pour des douleurs lombaires avec crises paroxystiques et fièvre

qui ont été attribuées à une colique hépatique et ont déterminé un régime sévère, qui a abouti au sevrage.

Vue à la consultation d'urologie de Necker on constate des calculs du rein droit (1937). Aucune modification pulmonaire.

L'enfant va bien, il a été sevré à 3 mois à cause de cet épisode rénal. Cuti-réaction négative à 14 mois.

Observation N° 4. — Mme Va..., 25 ans. (cité par Peschard).

Première grossesse à 25 ans, un an et demi après un épisode pulmonaire bacillifère, traité par pneumothorax et en voie d'amélioration.

La grossesse évolue normalement, les lésions pulmonaires continuent à s'améliorer.

Accouchement et suites de couches normaux. La malade depuis a repris une vie normale.

En 1933, en novembre, la malade commence une nouvelle grossesse qui est bien supportée, aucun incident à l'accouchement ni dans les suites de couches.

Aucune modification des films.

La malade a d'ailleurs nourri cet enfant au sein et actuellement, en 1936, il est en bon état et présente une cuti-réaction négative. La mère va bien.

Observation N° 5. — Mme Gil..., 23 ans, basque.

A Paris depuis quelques mois. Situation difficile. Vue à Saint-Antoine pour la première fois en 1927, envoyée par la Maternité de Saint-Antoine où elle se faisait suivre depuis la naissance de son deuxième enfant. Le premier enfant était né au pays basque.

Vient de perdre son enfant âgé de 3 mois de méningite tuberculeuse. A nourri au sein pendant 2 mois.

L'examen montre une spelonque sous-claviculaire avec présence des bacilles dans les crachats. Température, mauvais état général.

Institution d'un Pneumothorax thérapeutique, envoi en sanatorium, car mauvaises conditions sociales, logement insalubre.

Pneumothorax continué au centre de Triage de Saint-Antoine de 1928 à 1931. Arrêt du Pneumothorax en 1931 en raison du bon état général et local et du désir de la femme de retourner au pays natal.

Troisième grossesse dans son pays natal. Bien supportée. Nourrit son enfant au sein sans avis médical préalable.

Revient à Paris en 1933. Revue à ce moment à Saint-Antoine. Bon état. L'enfant a une cuti négative. Bonnes conditions sociales. Mari coiffeur établi à son compte.

II. — FEMMES VUES POUR LA PREMIÈRE FOIS PENDANT LEUR GROSSESSE.

Observation N° 6. — Mme Tru..., 27 ans, employée.

Vue pour la première fois en mai 1927, au centre de Triage de l'hôpital Saint-Antoine. Enceinte de 4 mois.

Pleurésie droite en 1925.

A l'examen : bon état général, avec peu de signes à l'auscultation, modifications graphiques discrètes sous la clavicule droite,

Revue en mai 1928. L'accouchement a été normal. Son médecin en ville lui ayant conseillé la séparation, elle n'a pas nourri. L'enfant meurt à 13 jours, probablement d'une gastro-entérite à la Maternité.

Revue en décembre 1929. — Enceinte de nouveau. Désire nourrir son enfant. Ne crache pas, ne tousse pas.

A l'examen : quelques craquements au sommet droit, à la radiographie quelques taches d'aspect plutôt cicatriciel sous la clavicule droite. Vie normale, travail régulier. En raison des sequelles stethacoustiques et graphiques on ne permet pas tout d'abord l'allaitement. Mais après des examens répétés et étant donné le psychisme de la malade qui attribue à l'allaitement artificiel la mort du premier enfant, on lui permet d'allaiter d'autant plus que l'administration qui l'emploie accorde de grosses facilités aux femmes qui nourrissent.

Caractère bien équilibré.

Revue en avril 1931. — Va bien, a nourri au sein son enfant qui va bien. Sevrage de l'enfant à ce moment.

Revue avec l'enfant âgé de 25 mois. — Bon état. L'enfant, Ginette, présente un léger rachitisme tenant à un défaut de l'alimentation. Mais très bon état général. Il pèse 12 kgr. Cuti-réaction négative.

Observation N° 7. — Mme Ra..., 30 ans, mécanicienne.

Vue pour la première fois en juin 1936, à l'occasion d'une deuxième grossesse ; envoyée par son docteur. Enceinte de 5 mois et demi.

Tousse et crache depuis 2 mois, Très fatiguée. Elle se

plaint en outre d'avoir remarqué des crachats sanguinolents.

A l'examen : signes de bronchite à l'auscultation, expectoration collante à type bronchitique. A la graphie quelques calcifications hilaires gauches. Pas de B.K. a un premier examen.

Conditions de travail très dures : 8 heures par jour à actionner une foreuse, à la pédale. Mise au repos en observation. Amélioration de l'état général dès l'arrêt du travail. Disparition des signes d'auscultation. Culture des crachats négative.

On conclut à grippe au cours d'un surmenage due à un travail pénible et on autorise l'allaitement.

Revue en février 1937. Bon état. L'enfant a été nourri au sein 13 mois. Il pèse 9 kilos. Cuti-négative. Pas de B.C.G.

Cette observation, où la tuberculose n'est pas en cause, illustre la nécessité de la répétitions des examens, soit pour affirmer, soit pour éliminer le diagnostic de tuberculose pulmonaire plus ou moins discrète chez la femme enceinte, tuberculose incipiens susceptible de se manifester après l'accouchement.

III. — FEMMES VUES PENDANT OU APRÈS L'ALLAITEMENT.

Femmes allaitant leur enfant envoyées d'urgence pour séparation, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

1) Parmi ces femmes, il convient de signaler que le diagnostic de tuberculose pulmonaire n'a pas toujours été confirmé par les examens qui ont suivi leur hospitalisation.

Il s'agissait de femmes dont le mauvais état général

avait été remarqué à la consultation de nourrissons où elles se présentaient et pour lesquelles la crainte d'une tuberculose éventuelle, considérée comme une fréquente « complication » de l'allaitement, avait déterminé leur envoi urgent dans un service de phtisiologie.

Observation N° 8. — Mme Lu..., 27 ans, espagnole.

Vue pour la première fois en octobre 1937. Envoyée par l'Asile national du Vésinet pour épisode grippal avec amaigrissement. Nourri son enfant de 2 mois.

Depuis quelques jours grosse fièvre, tousses et crache. Gros amaigrissement.

Examen : Rien au point de vue clinique ; la radiographie montre quelques rares calcifications à gauche. L'analyse des crachats avec homogénéisation est négative, ainsi que l'examen des selles et du liquide gastrique.

En somme épisode grippal ; mais mauvaises conditions sociales chez une réfugiée.

Cette femme mise au repos et recevant une alimentation convenable (la nourriture habituelle de l'hôpital) put continuer à nourrir son enfant, cependant que son état général devenait satisfaisant, en très peu de temps (15 jours) avec une reprise de poids considérable.

Ce n'était donc pas la tuberculose ni l'allaitement qui avait déterminé cette déficience de l'état général, mais les conditions dans lesquelles il avait eu lieu.

Nous ne saurions trop répéter combien nous attachons d'importance au mode d'existence de la femme qui nourrit.

2) Parmi les malades dont l'examen a confirmé le diag-

nostic de tuberculose pulmonaire nous citons 2 cas de tuberculose fébrile avec présence de B. K. dans les crachats et lésions graphiques nettes.

Observation N° 9. — Mme Co..., 21 ans, mariée.

Entre le 29 avril 1937, salle Landouzy. Envoyée par l'hôpital Cochin avec le diagnostic de tuberculose (B.K.++) Elle présentait une tuberculose pulmonaire avec des B.K. dans les crachats, de la fièvre et à la radiographie une spelonque d'aspect récent sous-claviculaire gauche.

En raison du poids et de l'âge de l'enfant, l'allaitement fut continué pendant plusieurs semaines après l'entrée à la crèche, avec toutes les précautions nécessaires pour éviter la contagion directe. La femme fut mise au repos complet dans une petite chambre.

La température de la malade revient progressivement à la normale après 3 semaines de repos au lit. L'expectoration diminue puis cesse d'être bacillifère, et les signes graphiques s'atténuent considérablement. La spelonque cessera même d'être visible, à la sortie de la malade.

Le poids augmente de plusieurs kilos (5 kgs. 700) en 2 mois.

L'enfant présenta une courbe de poids normale durant les 6 semaines d'allaitement au sein et le sevrage progressif commencé quand le poids de l'enfant eut atteint 6 kilos à 4 mois, fut bien supporté.

La cuti et l'intra-dermo-réaction de l'enfant, négatives à la crèche, le sont demeurées au placement, après quelques mois de séparation complète,

Observation N° 10. — Mme Be..., 16 ans, mariée.

Vue pour la première fois à la consultation anté-natale de l'hôpital Laënnec le 30 juin 1937.

Envoyée par l'hôpital Herold, où l'enfant était suivi.
Antécédents héréditaires chargés.

Tousse et crache depuis 1 mois. Amaigrissement de 5 kilos depuis l'accouchement.

Se fatigue beaucoup en s'occupant seule du ménage et de l'enfant qui est très difficile, toujours habitué à être tenu et qui pleure souvent la nuit. Le mari est chômeur. Hypoalimentation vraisemblable depuis le début de la grossesse.

Films: taches et tractus bilatéraux.

B. K. dans les crachats.

Nourri son enfant au sein.

En raison de l'âge de la malade et de l'âge de l'enfant (9 mois) le sevrage était indiqué d'emblée. Mais l'allaitement dut être continué pendant 15 jours en raison des troubles digestifs de l'enfant à son entrée, troubles d'ailleurs provoqués par une tentative de sevrage brusque avant l'entrée à la crèche.

L'âge de l'enfant, 9 mois, nous a permis de réaliser un sevrage progressif, dès que les troubles digestifs ne furent plus inquiétants.

Là encore, l'amélioration de l'état de la mère fut très nette dès les premiers jours de mise au repos, malgré la continuation de l'allaitement.

Ces deux observations permettent de séparer les causes de fatigue, origine vraisemblable de la poussée tuberculeuse, de l'allaitement lui-même,

Observation N° 11. — Mme Gl..., 46 ans, mariée, s'occupe chez elle de son ménage (citée par Peschard).

Chez cette femme, le début de la tuberculose se révèle à 46 ans, en février 1929, alors qu'elle venait de soigner ses 9 enfants, atteints de rougeole.

Le dernier était né trois mois auparavant, en décembre 1928. L'accouchement avait été normal ainsi que les suites de couches.

Ce n'est qu'en février qu'elle a commencé à tousser et que le médecin qui la suivait a constaté des signes pulmonaires.

Elle est vue en mai 1929 avec des lésions droites étendues et un côté opposé suspect.

Un pneumothorax droit est tenté, malgré le mauvais état général et la grosse suspicion sur la valeur du côté opposé. Mais une réaction liquidienne survient rapidement, réaction puriforme. Malgré cela, l'état général s'améliore.

En 1930, la bilatéralisation s'accroît et la mort survient en juillet, un an et demi après le début de l'évolution de cette tuberculose tardive.

Ainsi cette malade avait supporté 9 grossesses et autant d'allaitements et n'était entrée dans la tuberculose qu'après l'accouchement du neuvième enfant.

Les causes de surmenage sont ici indiscutables, et nous les considérons comme les causes d'éclatement de la maladie.

Ici, la discrimination entre l'allaitement, cause possible de fatigue et les véritables causes ayant déclenché la tuberculose est encore plus facile, car il s'agit d'une mul-

tipare ayant bien supporté des allaitements successifs, ayant élevé tous ses enfants et pour laquelle c'est la maladie frappant ceux-ci en série qui provoque de manière évidente un surmenage intense avec manque de sommeil prolongé, aboutissant à l'éclatement d'une tuberculose grave.

2) Femmes vues après l'allaitement.

Observation N° 12. — Mme Tou..., 25 ans, mouleuse.

Vue pour la première fois en décembre 1936. Envoyée pour séparation par l'hôpital de la Salpêtrière où la mère avait été consulter pour son enfant.

L'enfant a été nourri au sein pendant 11 mois. Sevrage en septembre 1936.

La mère, qui s'était reposée pendant l'allaitement, recommence à travailler dès le sevrage. Travail très pénible, debout pendant sept heures consécutives devant un four brûlant.

Vers la même époque son mari l'abandonne, ce qui ajoute un facteur psycho-moral au facteur surmenage.

Examen : Signes cliniques de tuberculose ulcéro-caséeuse, confirmés par la radiographie et par des bacilloscopies positives. Séparation.

Cependant, durant le séjour de l'enfant à la crèche, les cuti et intra-dermo-réaction demeurent négatives et il est accepté au Placement Familial des Tout-petits. Il semble donc que la tuberculose de la mère ait précédé de peu son dépistage et n'ait débuté qu'après le sevrage.

Voici donc un cas où le début apparent de la maladie se fait après le sevrage, sous l'influence des facteurs secondaires : le surmenage et les chagrins.

Observation N 13. — Mme Der..., 30 ans, mariée.

Envoyée par la Maternité Baudelocque pour prophylaxie, parce qu'ayant déjà eu un épisode pulmonaire pendant l'allaitement d'un autre enfant.

Enceinte de 5 mois.

Déclare avoir eu une grippe pendant l'allaitement de son troisième enfant en 1933.

Mais épisode pulmonaire dû à des causes secondes et non à l'allaitement.
(voir page 30).

Examen : au point de vue pulmonaire : reliquat pleural discret.

Cette observation sur laquelle nous avons longuement insisté au cours de notre étude montre que bien des fois, on établit des relations de cause à effets logiques, mais qu'une observation attentive met en défaut.

En l'occurrence, l'épisode pulmonaire avait été simplement attribué à l'allaitement, quand il s'agissait en fait des causes secondes.

Enfin, voici une dernière observation qui mérite une place à part.

En effet, il s'agit d'une observation où le hasard a permis de séparer avec netteté la fatigue due à l'allaitement de la fatigue due aux soins à donner à l'enfant.

Nous la donnons *in extenso* en raison de son intérêt et de sa rareté.

Observation N° 14. — Mme Gu..., 32 ans.

Vue pour la première fois en novembre 1937. Envoyée par le dispensaire de Nanterre pour séparation.

Antécédents personnels. Malade ayant été traitée par un pneumothorax gauche, créé en 1933 et un pneumothorax droit créé en juillet 1934.

Séjour de 3 ans au sana.

Enceinte en 1936. Grossesse bien supportée. Accouchement normal à Saint-Malo en janvier 1937. Séparation. L'enfant est placé. La mère retourne au sanatorium jusqu'en octobre 1937. A cette époque, la malade va bien. Bacilloscopie négative depuis 1934. Le Pn. droit a été arrêté en 1936. Elle sort en octobre 1937, reprend son enfant et rentre au foyer. Mais 3 semaines après en raison d'une grande fatigue, avec amaigrissement elle est envoyée à notre consultation pour séparation.

Examen : Fatigue, gros amaigrissement, 2 kilogr. en 3 semaines, tousses peu, ne crache pas. Bacilloscopie négative.

En somme il s'agit d'une femme tuberculeuse qui a été séparée de son enfant dès la naissance, mais qui huit mois après, en raison de son bon état général et pulmonaire est autorisée à le reprendre.

Trois semaines après, la malade qui s'occupe de son ménage et de son enfant, présente des signes d'asthénie marquée, maigrit et commence à tousser, ce qui fait craindre une rechute.

Dans cette observation on ne peut pas incriminer l'allaitement, mais seulement et uniquement la fatigue provoquée par la reprise d'une vie active, à laquelle s'ajoute la fatigue que comporte les soins à donner à l'enfant.

Nous voyons donc l'importance prédominante des « facteurs seconds », dans le cas présent du surmenage physique.

*
* *

Une fois tout danger de contagion écarté pour l'enfant, il semble donc que l'allaitement soit possible pour des femmes ayant un passé tuberculeux, du moment que cette fonction physiologique s'accomplit dans des conditions normales.

C'est dire que la femme qui nourrit ne devra pas se trouver dans une situation pénible, ni dans l'obligation de fournir un travail fatigant. La suppression de toutes les causes de surmenage chez une femme qui allaite, équivaut pratiquement à la mettre à l'abri d'un réveil de la tuberculose.

Le principe de cette protection n'est guère discutable. Son application demeure parfois difficile, en raison même de l'importance des éléments psycho-sociaux, et des difficultés qui se rencontrent dès que la thérapeutique doit compter avec ces ordres des faits.

Dans ce domaine des faits sociaux ou psychiques toute classification paraît arbitraire. Aussi nous sommes-nous bornés à présenter quelques types d'observations parmi

celles qui ont pu être suivies un temps assez long, et à les classer suivant le moment où la femme s'est présentée pour la première fois à la consultation : avant la grossesse, pendant la grossesse, pendant l'allaitement ou après l'allaitement.

Pratiquement cette classification est dominée par la question de la contagion.

Le contact intime et répété entre la mère et le nourrisson, qu'amène l'allaitement (la proximité de la bouche, les gouttellettes salivaires et les baisers maternels) est en effet très dangereux et comme nous l'avons signalé dans les indications générales de l'allaitement chez la femme tuberculeuse, il ne peut en être question lorsque la femme est contagieuse.

Non seulement il est formellement indiqué de s'abstenir quand la femme est bacillifère, mais il est indiqué de chercher dans les crachats, le liquide gastrique et les selles par analyse directe, homogénéisation et culture, l'élimination possible des bacilles de Koch.

Cependant une restriction est à faire et celle-ci concerne, non point la décision de l'allaitement à prendre avant la naissance de l'enfant, mais la décision du sevrage brusque que nous avons vu souvent pratiquer chez les femmes-nourrices, chez lesquelles le dépistage de la tuberculose conditionne dans la règle une sanction thérapeutique immédiate : *le sevrage*.

Or, pour ces femmes, ainsi que l'observation N° 9 le montre, il est possible en mettant la malade au repos de lui permettre de continuer l'allaitement sans danger

pour elle-même ; de supprimer les risques de contagion pour l'enfant par des précautions telles que : port d'un masque, lavage des seins et mains avant chaque tétée, etc., précautions qui ne peuvent être réalisées que dans le cadre d'une clinique ou d'une crèche d'hôpital.

Dans ces cas qui demeurent des exceptions on peut donc éviter les dangers d'un sevrage trop brusque sans pour cela aggraver le pronostic de la tuberculose maternelle et sans danger de contagion pour l'enfant.

CONCLUSIONS.

L'éclatement ou le réveil d'une lésion tuberculeuse si fréquemment observé au cours d'un allaitement n'est donc pas forcément une conséquence directe de celui-ci ; mais il est en rapport avec les conditions sociales et morales dans lesquelles il a lieu.

L'analyse des observations des femmes suivies durant les deux années qui suivent la naissance de leur enfant met, presque constamment, en évidence un surmenage physique avec insuffisance de sommeil, et un surmenage moral, en particulier anxiété concernant l'enfant ; à côté de ces causes de fatigue quotidienne tenant uniquement à l'enfant et qui sont aisément découvertes à l'interrogatoire, il faut faire une place importante aux soucis de tout ordre, familiaux surtout, qui sont pour la femme une occasion de fatigue continuelle, mais qui seront habituellement beaucoup plus difficiles à préciser.

Ces causes de surmenage jouent d'ailleurs aussi bien pour la femme qui nourrit, que pour celle que ne nourrit pas.

L'étude de ces observations montre que bien souvent là où on a incriminé l'allaitement comme cause d'éclate-

ment ou de réveil d'une lésion tuberculeuse, il ne faut voir que l'influence des « facteurs seconds ».

En effet, on voit ces facteurs déclencher la tuberculose chez des femmes n'ayant pas nourri leur enfant.

En modifiant ces conditions psycho-sociales, on peut supprimer les causes d'éclatement ou de réveil de la tuberculose.

On pourra donc être à même d'envisager la possibilité de l'allaitement chez des femmes ayant un passé tuberculeux.

En présence d'une femme tuberculeuse, il ne suffira donc pas de préciser son état pulmonaire et l'absence d'élimination des bacilles, recherchés par les procédés les plus sensibles. Une fois tout danger de contagion écarté pour l'enfant, il faudra encore qu'elle soit en bon état général et surtout qu'elle se trouve dans une situation morale et matérielle satisfaisante.

L'appréciation de ce facteur psycho-social est de beaucoup le côté le plus délicat de l'observation et ne peut être établi au cours d'un seul examen.

Chez la femme examinée au cours de sa grossesse il est nécessaire de faire des examens complets et répétés avant d'affirmer :

au point de vue local la non contagiosité actuelle.

au point de vue psycho-social l'existence de conditions permettant à la femme de ne pas dépasser ses capacités de travail, plus ou moins réduites, en raison de ses antécédents et d'être ainsi à l'abri d'une rechute pendant l'allaitement,

Lorsqu'au contraire la contagion est à craindre pour l'enfant :

Si la femme a été examinée au cours de la grossesse, la séparation est décidée d'emblée, mais préparée au mieux des intérêts de l'enfant.

Si la femme est vue pour la première fois au cours de l'allaitement à l'occasion de l'éclatement ou du réveil d'une tuberculose, la séparation devra toujours être accomplie avec prudence.

En effet, le sevrage brusque fait courir à l'enfant des risques immédiats et parfois inutiles, car la continuation de l'allaitement pour réaliser un sevrage progressif, n'aggrave pas la tuberculose de la mère du moment que celle-ci est mise au repos complet, que réclame son état pulmonaire.

Pour protéger l'enfant, dans ces cas, il est possible suivant des règles précises, de réaliser des précautions efficaces évitant la contagion.

Vu : *Le Doyen,*

Vu : *Le Président de la thèse*

TIFFENEAU

F. BEZANÇON

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE.

- ARRIBEAUTE (R.). — Le nourrisson après contact tuberculeux (*Thèse de Paris* 1937).
- BAR. — Tuberculose et grossesse (*Conférence faite à Madrid en 1921*).
- BERNARD LÉON. — Relations entre la Tuberculose pulmonaire et la Maternité (*Paris Médical*, 6 janvier 1922).
- BERNARD LÉON et DEBRÉ. — Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge (*Paris Médical*, 1^{er} juin 1921). *Acad. de Médecine* 5 octobre et 15 mai 1923).
- BEZANÇON. — La période menstruelle chez les tuberculeuses (*Bulletin Médical* 1913, n° 83).
- Les bases actuelles du problème de la tuberculose, 1922.
- Précis de Pathologie médicale, Tome III : Maladies de l'appareil respiratoire 1931.
- BEZANÇON et BRAUN. — Les causes morales dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire. (*Médecine*, mars 1925).
- BRAUN et FREY-RAGU. — L'importance du facteur moral dans l'éclatement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte (*Presse Médicale*, 16 juillet 1930).
- CALMETTE. — Elimination du bacille tuberculeux par les glandes mammaires (du : *l'Infection bacillaire et la tuberculose*. Masson p. 519).
- DEBRÉ, JOAUNNON et CRÉMIEUX, ALCAN. — La mortalité infantile et la mortinatalité (Masson 1933).
- DELSOULLIER. — Essai sur l'influence de la grossesse et de l'allaitement sur la phtisie pulmonaire (*Thèse de Paris* 1866).

DUBREUILH. — Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phtisie (*Bulletin de l'Acad. de Méd.* t. XVII, 1851).

DUMAREST et BRETTE. — Maternité et Tuberculose (*Presse Médicale*, n° 95, 1926).

GRIMONT. — Poussée évolutive chez des tuberculeuses pulmonaires au cours de la période de suites de couches (*Thèse de Lyon* 1923).

HACKENTHAL und MEYER. — Euthält die Milch tuberkulös infizierter oder verdächtiger Wöchnerinen Tuberkilbacillen ? (*Zeitschrift für Hyg und Infektions-Krankheiten* 1928, t. CVIII, p. 806).

KURASHIYA, MAYEYAMA und YAMADA. — Ausscheidung des Tuberkel bazillus aus der Milch tuberkulöser Frauen (*Zeitschrift für Tuberkulose*, 1912, t. XVIII, p. 433).

LASGIE. — De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la tuberculose (*Thèse de Paris* 1880).

LELONG. — L'enfant issu de parents tuberculeux (*Thèse de Paris* 1925).

LÉONARD. — Allaitement considéré comme moyen prophylactique et curatif des maladies des femmes en couches (*Thèse de Paris* 1822).

LÉONARDI. — Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire (*Thèse de Lyon* 1935).

MARSAU. — Traité d'allaitement 1930.

NOBECOURT et PARAFF. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse et de l'allaitement (*Presse Médicale* 18 février 1930).

PETER. — Clinique Médicale.

PETIAU. — Etude sur la phtisie dans ses rapports avec l'accouchement, la grossesse et la lactation (*Thèse de Paris* 1885).

PESCHARD. — Influence prédominante des facteurs sociaux et psychiques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans la puerperalité (*Thèse de Paris* 1936).

PETRESCO. — Recherches sur l'excrétion du bacille de Koch par le lait des accouchées tuberculeuses (*Thèse de Paris* 1935).

PINARD. — Tuberculose et Grossesse. (*Bulletin de l'Acad. de Méd.* 21 nov. 1922).

ROCHE. — De l'influence de l'allaitement sur le développement de la tuberculose (*Thèse de Paris* 1882).

ROGER (H) et GARNIER (M). — Passage du bacille de Koch dans le lait d'une femme tuberculeuse. (*Comptes-Rendus de la Société de Biologie, séance du 24 fév.* 1900).

SABOURIN. — Le mariage du tuberculeux (*Journal des Praticiens*, 6 septembre 1918).

SERGENT. — Maternité et Tuberculose (*Presse Médicale*, N° 95, 1926).

VITRY Georges. — Etude sur la physiologie de la nourrice (*Thèse de Paris* 1905).

VALTIS, LACOMME, VAN DENUSE. — Sur la présence du virus tuberculeux dans le colostrum des femmes tuberculeuses (*Bulletin de l'Académie de Médecine* 1933, t. CX, N° 41).

